# EDITAL 015/EPCS/2012 – AÇÃO 8.2-8.6/AF

| | |
|---|---|
| **OBJETO:** | **Plano de Saúde – Idade entre 18 e 50 anos** |

## AQUISIÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
## PLANO DE SAÚDE

| Item | Quantidade |
|---|---|
| 01 - Plano de Saúde - 19 a 23 anos (8 atletas) | 08 |
| 02 – Plano de Saúde - 24 a 28 anos (2 atletas e 1 técnico) | 03 |
| 03 – Plano de Saúde - 34 a 38 anos (1 atleta e 2 técnicos) | 03 |
| 04 – Plano de Saúde - 44 a 48 anos (1 técnico) | 01 |
| 05 – Plano de Saúde - até 18 anos (5 atletas) | 05 |

## RESUMO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Data Publicação do Edital:** | 23/01/2012 | | | |
| **Prazo Final de Apresentação das Propostas** | 07/02/2012 | | | |
| **Data do Julgamento/Justificativa** | 08/02/2012 | | | |
| **Prazo para Recurso** | 10/02/2012 | **Houve recurso?** | ( ) Sim | ( X ) Não |
| **Data da Homologação** | 11/02/2012 | | | |
| **Data de Liberação** | 13/02/2012 | | | |
| **Forma de Faturamento** | ( ) Pagamento único | | ( X ) Mensal | |

## DADOS DO FORNECEDOR

| | |
|---|---|
| **Empresa** | Fundação de Saúde Itaiguapy |
| **CNPJ** | 00.304.148/0001-10 |

**Federação Paranaense de Canoagem**
**Valdecir Fernandes da Cruz**
**Presidente**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PARA COTAÇÃO DE PREÇOS 015/EPCS/2012 – AÇÃO 8.2-8.6/AF**

A **FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM,** pessoa jurídica de direito privado, entidade estadual de administração do desporto, com sede em Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, na Rua Pedro Basso, 700 – Jardim Pólo Centro – CEP: 85863-756, inscrita no CNPJ sob o nº 02.342.167/0001-66, neste ato representada por seu representante legal e Presidente, nos termos do artigo 20 da Portaria 166/08, torna pública a aquisição de bens/serviços para o Projeto Equipe Permanente de Canoagem Slalom em Foz do Iguaçu, Processo 58701.001293/2011-96, com recursos provenientes do convênio firmado entre esta Instituição e o BNDES, repassados através da Lei de Incentivo ao Esporte (Lei 11.438/2006), conforme condições a seguir:

a) **Descrição Completa e Detalhada do Objeto**: Esta cotação prévia do tipo "menor preço e qualidade", objetiva a contratação de fornecedor de Plano de Saúde, para os integrantes do Projeto, com idade entre 18 e 50 anos, sem período de carência, durante o período de 10 meses.

b) **Quantidade licitada**: 01 (uma) empresa.

c) **Especificação técnica do objeto licitado**: A empresa deverá fornecer plano de saúde com cobertura pelo menos estadual, sem período de carência, conforme quantidade e especificações apresentadas:

| ITEM | QUANTIDADE | ESPECIFICAÇÕES | AÇÃO |
|---|---|---|---|
| 01 – Plano de Saúde - 19 a 23 anos (8 atletas) | 08 | Contratação de Plano de Saúde para os atletas e técnicos da Equipe Permanente de Canoagem Slalom. Planos individuais, de cobertura estadual, clínico e hospitalar, para exames, consultas, internamentos, sem obstetrícia e sem cobertura odontológica, com internamentos em quarto coletivo/enfermaria. Atendimentos e internamentos de urgência e emergência nacional. Valor do plano definido por Faixa Etária (19 a 23 anos). | 8.2 - Atividade fim |
| 02 – Plano de Saúde - 24 a 28 anos (2 atletas e 1 técnico) | 03 | Contratação de Plano de Saúde para os atletas e técnicos da Equipe Permanente de Canoagem Slalom. Planos individuais, de cobertura estadual, clínico e hospitalar, para exames, consultas, internamentos, sem obstetrícia e sem cobertura odontológica, com internamentos em quarto coletivo/enfermaria. Atendimentos e internamentos de urgência e emergência nacional. Valor do plano definido por Faixa Etária (24 a 28 anos). | 8.3 - Atividade fim |
| 03 – Plano de Saúde - 34 a 38 anos (1 atleta e 2 técnicos) | 04 | Contratação de Plano de Saúde para os atletas e técnicos da Equipe Permanente de Canoagem Slalom. Planos individuais, de cobertura estadual, clínico e hospitalar, para exames, consultas, internamentos, sem obstetrícia e sem cobertura odontológica, com internamentos em quarto coletivo/enfermaria. Atendimentos e internamentos de urgência e emergência nacional. Valor do plano definido por Faixa Etária (34 a 38 anos). | 8.4 - Atividade fim |
| 04 – Plano de Saúde - 44 a 48 anos (1 técnico) | 01 | Contratação de Plano de Saúde para os atletas e técnicos da Equipe Permanente de Canoagem Slalom. Planos individuais, de cobertura estadual, clínico e hospitalar, para exames, consultas, internamentos, sem obstetrícia e sem cobertura odontológica, com internamentos em quarto coletivo/enfermaria. Atendimentos e internamentos de urgência e emergência nacional. Valor do plano definido por Faixa Etária (34 a 38 anos). | 8.5 - Atividade fim |
| 05 – Plano de Saúde – até 18 anos (5 atletas) | 05 | Contratação de Plano de Saúde para atletas e técnicos da Equipe Permanente de Canoagem Slalom. Planos individuais, de cobertura estadual, clínico e hospitalar, para exames, consultas, internamentos, sem obstetrícia e sem cobertura odontológica, com internamentos em quarto coletivo/enfermaria. Atendimentos e internamentos de urgência e emergência nacional. Valor do plano definido por Faixa Etária (até 18 anos). | 8.6 - Atividade fim |

d) **Condições e prazos de pagamento e entrega:** *De acordo com o artigo 12 da Portaria 166/08, o Proponente não poderá realizar pagamentos anteriores à celebração do Termo de Compromisso ou posteriores ao prazo de execução do projeto desportivo ou paradesportivo aprovado, sob pena de ressarcimento e demais penalidades aplicáveis, assim, o pagamento será realizado mensalmente, após a assinatura do termo de compromisso entre a FEPACAN e o Ministério do Esporte*, razão pela qual as propostas apresentadas devem ter validade de pelo menos 45 dias. A efetivação do pagamento se dará após a emissão e entrega da competente nota fiscal, através de qualquer operação bancária autorizada pelo Banco Central do Brasil, desde que fique identificada sua destinação e o credor.

e) **Prazo para recebimento das propostas e local**: ***Para os casos de aquisição de bens o prazo para apresentação das propostas é de 05 (cinco)*** dias úteis após a publicação do edital e para ***prestação de serviços o prazo é de 15 (quinze) dias*** corridos após a publicação do edital, sendo que as propostas deverão ser encaminhadas, ao escritório da FEPACAN, na Rua Pedro Basso, 700 - Jardim Pólo Centro, na cidade de Foz do Iguaçu/PR, telefone (45) 3027-2052, permitido o encaminhamento por fax ou e-mail (cópia digitalizada), com os seguinte requisitos:
1) TÍTULO: "PROPOSTA" OU "ORÇAMENTO"; 2) DATA DE CONFECÇÃO DA PROPOSTA; 3) ENDEREÇAMENTO À FEPACAN; 4) IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA; 5) A PROPOSTA COM DESCRIÇÃO OBJETIVA E TÉCNICA DO OBJETO, PREÇO UNITÁRIO E PREÇO TOTAL DE CADA ITEM; 6) ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL OU REPRESENTANTE/FUNCIONÁRIO EMPRESA COM A DEVIDA IDENTIFICAÇÃO.

f) **Critério de julgamento da proposta vencedora**: Será considerado vencedor o fornecedor que apresentar a proposta com menor preço por item proposto, atendendo a descrição e especificações técnicas apresentadas no itens "a" e "c" deste edital, com valores compatíveis ao projeto originalmente aprovado no Ministério do Esporte.

g) **Resultado e publicação**: O resultado do julgamento e apresentação da proposta vencedora será divulgado pelo Presidente da FEPACAN no sítio eletrônico do Projeto Equipe Permanente de Canoagem Slalom http://www.canoagem.org.br) na seção "Editais e Aquisições", após exaurido o prazo para apresentação das propostas.

h) **Especificações da documentação legal necessária a habilitação**: A empresa vencedora e fornecedora deverá estar habilitada junto à Receita Federal e se for o caso ao competente órgão de classe profissional. A contratação dar-se-á com o proponente que apresentar o menor preço e qualidade que atenda aos requisitos e especificações exigidas no presente edital de contratação.

Foz do Iguaçu, 23 de janeiro de 2012.

**Valdecir Fernandes da Cruz – Presidente**
**Federação Paranaense de Canoagem**

02.342.187/0001-66
FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM
FEPACAN
RUA PEDRO BASSO, 700
PÓLO CENTRO - CEP: 85863-756
FOZ DO IGUAÇU - PR.

**ATA DE JULGAMENTO – PROCESSO DE TOMADA DE PREÇOS**

**EDITAL 015/EPCS/2012 – AÇÃO 8.2-8.6/AF**

**OBJETO:** Contratação de fornecedor de Plano de Saúde, para os integrantes do Projeto, com idade entre 18 e 50 anos, sem período de carência, durante o período de 10 meses.

Às nove horas e quarenta minutos (09:40h) do dia 08 de fevereiro de 2012, na sede da Federação Paranaense de Canoagem, com os portões e portas abertas, em sessão pública, reuniram-se os membros da Comissão Permanente de Licitação, Sr. Joisson Aparecido Bottazzari, Sr. Luciano Antonio Furni e Sra. Isabel dos Santos, incumbidos de dirigir e julgar os procedimentos licitatórios deste para o Projeto Equipe Permanente de Canoagem Slalom em Foz do Iguaçu, Processo 58701.001293/2011-96, com recursos provenientes do convênio firmado entre esta Instituição e o BNDES, repassados através da Lei de Incentivo ao Esporte (Lei 11.438/2006), todos abaixo assinados, a fim de procederem a abertura dos envelopes contendo as documentações e propostas relativas ao certame, conforme previsto no EDITAL 015/EPCS/2012 – AÇÃO 8.2-8.6/AF, publicado em 23 de janeiro de 2012, cujo prazo final para apresentação das propostas foi dia 07 de fevereiro de 2012.

Declarado abertos os trabalhos de julgamento do processo, pelo Presidente da FEPACAN, verificou-se a participação de 03 (três) empresas que entregaram propostas.

Em seguida, os envelopes contendo as propostas foram abertos, identificados e as propostas foram rubricadas pelos integrantes da Comissão de Permanente de Licitação. Procedida a análise dos orçamentos, foi verificado que a proposta da "SULAMÉRICA" não preenchia os requisitos obrigatórios elencados no item "e)" do edital, posto que se trata apenas de tela de sistema, assim, ante ao não preenchimento dos requisitos, importa na desclassificação da análise da proposta.

Quanto aos demais interessados, não houve qualquer constatação que importasse na desclassificação dos participantes, uma vez que atenderam aos requisitos do item "a)", "c)" e "e)" do edital e assim com vistas ao julgamento, foi realizada a verificação de registro na Receita Federal do Brasil e realizado a conferência de todos os requisitos solicitados no Edital de licitação. A Comissão deu conhecimento aos presentes de que foram consideradas habilitadas ao certame as empresas: Unimed Foz do Iguaçu Cooperativa de Trabalho Médico e Fundação de Saúde Itaiguapy.

Do exame das propostas apresentadas, constatou-se:

1) A empresa **FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY,** CNPJ 00.304.148/0001-10, conforme DOC1, propôs:

| PRODUTO | VALOR UNITÁRIO MENSAL | QUANTIDADE | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|
| 01 – Plano de Saúde - 19 a 23 anos | R$ 65,00 | 08 | R$ 520,00 |
| 02 – Plano de Saúde - 24 a 28 anos | R$ 85,00 | 03 | R$ 255,00 |
| 03 – Plano de Saúde - 34 a 38 anos | R$ 104,00 | 03 | R$ 312,00 |
| 04 – Plano de Saúde - 44 a 48 anos | R$ 168,00 | 01 | R$ 168,00 |
| 05 – Plano de Saúde - até 18 anos | R$ 58,00 | 05 | R$ 290,00 |
| | | | **TOTAL MENSAL: R$ 1.545,00** |

2) A empresa **UNIMED DE FOZ DO IGUACU COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO,** CNPJ

81.697.419/0001-46, conforme DOC2, propôs:

| PRODUTO | VALOR UNITÁRIO MENSAL | QUANTIDADE | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|
| 01 – Plano de Saúde - 19 a 23 anos | R$ 116,13 | 08 | R$ 929,04 |
| 02 – Plano de Saúde - 24 a 28 anos | R$ 131,68 | 03 | R$ 395,04 |
| 03 – Plano de Saúde - 34 a 38 anos | R$ 150,58 | 03 | R$ 451,74 |
| 04 – Plano de Saúde - 44 a 48 anos | R$ 260,75 | 01 | R$ 260,75 |
| 05 – Plano de Saúde - até 18 anos | R$ 108,53 | 05 | R$ 542,65 |
| | | | **TOTAL MENSAL: R$ 2.579,22** |

Tendo por base o resultado apresentado, a Comissão decidiu por adjudicar o objeto do certame à empresa **FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY**, como vencedora.

Concluídos os trabalhos, os representantes da Comissão determinaram a publicação do resultado do julgamento, para efeito de intimação e ciência dos interessados, no sítio eletrônico do Projeto Equipe Permanente de Canoagem Slalom ( www.canoagem.org.br ) na seção "Editais e Aquisições". Encerrado o prazo para recurso, o processo será homologado pelo Presidente da Federação Paranaense de Canoagem.

Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada e lavrada a presente ata que, lida e aprovada, que vai assinada pela Comissão e pelos presentes.

Foz do Iguaçu, 08 de fevereiro de 2012.

**JOISSON APARECIDO BOTTAZZARI**
**MEMBRO DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO**

**LUCIANO ANTONIO FURNI**
**MEMBRO DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO**

**ISABEL DOS SANTOS**
**MEMBRO DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO**

PRAZO PARA APRESENTAÇÃO DE RECURSOS: 10/02/2012.

02.342.167/0001-66
FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM
FEPACAN
RUA PEDRO BASSO, 700
POLO CENTRO - CEP: 85853-750
FOZ DO IGUAÇU - PR

ITAMED | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

# PROPOSTA

Foz do Iguaçu, 03 de fevereiro de 2012.

A
**FEPACAN – FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM**
Rua Pedro Basso, 700 – Jardim Pólo Centro
Foz do Iguaçu – Pr

**PROPOSTA ao Edital 015/EPCS/2012 – Ação 8.2-8.6/AF – Processo 58701.001293/2011-96 para atendimento** aos atletas e técnicos da Equipe Permanente de Canoagem Slalom, entre as idades de 18 a 50 anos, durante o **período de 12 meses,** na modalidade **COLETIVO POR ADESÃO**, de abrangência **LOCAL**, na segmentação **AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRICIA E SEM ODONTOLOGIA,** registro do produto na Agência Nacional de Saúde sob **n.º 460.948/09-4,** com acomodação **ENFERMARIA, com** atendimentos de Urgência e Emergência em âmbito NACIONAL dar-se-á através da ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo, que esta presente em 18 estados, 129 cidades e conta com vários hospitais credenciados, cuja listagem completa encontra-se disponível no site **www.abramge.com.br,** ou na indisponibilidade de atendimento via Abramge, será realizado ressarcimento das despesas via reembolso, calculando-se os valores, pelas Tabelas praticadas pela operadora, sendo que as mesmas encontram-se protocoladas no cartório Esteves Santos – 1.º Ofício de Registro Civil de Pessoas Naturais, Títulos e Documentos, Pessoa Jurídica, sob n.º 0176821 e registrado sob n.º 0175911 no livro B-985, sob as folhas 005/165 e que serão realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entregue de toda documentação pertinente previsto na contrato a ser assinado entre as partes.

02.342.167/0001-66
FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM
FEPACAN
RUA PEDRO BASSO, 700
PÓLO CENTRO - CEP: 85863-783
FOZ DO IGUAÇU - PR.

ITAMED | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

**FUNDAÇÃO DE SAUDE ITAIGUAPY - PLANO DE SAUDE ITAMED**
**CNPJ: 00.304.148/0001-10**
**ENDEREÇO: AVENIDA GRAMADO, 580 – VILA A – FOZ DO IGUAÇU – PR – CEP: 85860-460**
**TELEFONE: (45) 3576-8000 e (45) 3576-8005**

**NOME COMERCIAL E N.º DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:** COLETIVO POR ADESÃO BASICO PARTICIPATIVO - 460.948/09-4

**TIPO DE CONTRATAÇÃO:** Coletivo por Adesão

**SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:** Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

**ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:** Municipal

**ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:** Foz do Iguaçu - Pr.

**PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:** Coletiva (Enfermaria)

**FORMAÇÃO DO PREÇO:** Pré Estabelecido

**SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:** Não se aplica

**ATRIBUTOS DO CONTRATO**
O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, as especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos Médicos editados pela ANS, vigente à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.
O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

FOZ DO IGUAÇU - PR.

ITAMED | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

CONDIÇOES DE ADMISSAO

Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE: Registro para o exercício da profissão, comprovante de sindicalização, comprovante de vinculo associativo, comprovante de cooperado.

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10).

EXCLUSOES DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
b) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
c) Cirurgia plástica estética de qualquer natureza;
d) Inseminação artificial;
e) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
f) Tratamentos em "SPA", clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
g) Transplantes, à exceção de córnea e de rim e dos transplantes autólogos;

02.342.157/0001-66
FEDERAÇÃO PARANAENSE DE ONCOLOGIA
FUNCAON
RUA PEDRO BASSO, 2
POLO CENTRO - CEP: 85
FOZ DO IGUAÇU

ITAMED | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

h) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza (diagnóstica, clínica ou cirúrgica), inclusive relacionadas com acidentes, exceto quando decorrentes da execução de procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar e as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;
i) Parto;
j) Atendimento domiciliar, incluindo aluguel de equipamentos e similares para tratamento domiciliar, materiais e medicamentos para tratamento domiciliar, serviços de enfermagem domiciliar e remoção domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar.
k) Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
l) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
m) Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
n) Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
o) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
p) Aplicação de vacinas;
q) Serviços de enfermagem em caráter particular;
r) Especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; e
s) Remoção aérea.

DURAÇAO DO CONTRATO

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento, sendo reajustado os valores das mensalidades.

ITAMED | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

CARENCIAS

O direito de atendimento aos beneficiários deste Contrato, se dará 24 (vinte e quatro) horas após a assinatura e pagamento do contrato e não será exigida o cumprimento das carências para os inscritos em até acima estipuladas, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da contratação, exceto para doenças e lesões pré-existentes antes da assinatura do contrato.

Demais adesões que não se encaixem nas situações acima, cumprirão as carências normais previstas em contrato.

DOENÇAS E LESOES PRE-EXISTENTES

O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os

ITAMED | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGENCIA

Para fins deste contrato, a definição de EMERGENCIA é o caso que implicarem em risco imediato de vida (morte) ou de lesoes irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente e, URGENCIA, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicaçoes no processo gestacional.

O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

Os atendimentos de urgência que se referirem ao processo gestacional e de emergência que evoluírem para internação terão garantia, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários a preservação da vida, órgãos e funçoes, desde de que cumpridas as devidas carências e quando o atendimento for efetuado no decorrer dos períodos de carência, e para os eventos relacionados a Doenças e Lesoes Pré Existentes com acordo de Cobertura Parcial Temporária abrangerá cobertura igual ao da segmentação ambulatorial, ou seja, limitada até as primeiras 12 horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação, mesmo que a mesma ocorra na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, cessado-se a cobertura, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo onus a operadora.

Cobertura de remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.

Garantia de remoção para uma unidade do SUS nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência ou de não possuir cobertura hospitalar, conforme determinado pela Resolução CONSU n. ° 13/98 § 2º e 3. ° Art. 7.

Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento.

Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

A CONTRATADA deve garantir a cobertura de remoção, após, realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela

FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM
RUA PEDRO BASSO, 700
FOZ

ITAMED | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os beneficiários portadores de contrato de plano ambulatorial.
Nos casos de beneficiário estar em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária e que necessite de eventos cirúrgicos, leito de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistente, caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade dos SUS que disponha de serviço de emergência, visando à continuidade do atendimento.
**Quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.**
**Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquelas citadas acima, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**
Haverá reembolso da prestação de serviços cobertos pelo plano, nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela operadora, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, que serão pagos no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação abaixo relacionada:

- via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- conta analítica médico-hospitalar;
- relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano da data da realização do atendimento para apresentar a documentação acima prescrita para solicitação do referido reembolso e após este período considerar-se-á prescrito.

**MECANISMOS DE REGULAÇÃO**
**ACESSO AOS PRESTADORES**
**A CONTRATADA fornecerá ao Titular do Contrato e a seus dependentes, regularmente inscrito no presente Contrato, Cartões de Identificação, cuja exibição será obrigatória sempre que os serviços ora contratados forem**

ITAMED | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

**necessitados, juntamente com o documento de identificação do beneficiário paciente.**

A CONTRATADA colocará a disposição dos beneficiários a que alude este contrato, para a cobertura assistencial ora contratada, a Rede de Serviços Próprios e/ou Credenciados, com relação discriminada dos consultórios, ambulatórios, clínicas, centros, laboratórios, hospitais e respectivos profissionais da área da saúde, constante do Guia médico, que segue em anexo ao presente contrato. O Guia médico será atualizado periodicamente e estará disponível no site da operadora www.Itamed.com.br ou diretamente na operadora.

**DINÂMICA DE ATENDIMENTO**

Nos procedimentos que exijam autorização prévia, a CONTRATADA fará a autorização em 1 (um) dia útil posterior à entrega de toda a documentação necessária na sede da CONTRATADA ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

As internações hospitalares ocorrerão em estabelecimentos, credenciados, sendo certo ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente.

A CONTRATADA poderá pedir informações complementares ao médico assistente do CONTRATANTE, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas guias de solicitações de serviços ou procedimentos.

Todos os exames, procedimentos ambulatoriais e internamentos clínicos e cirúrgicos devem ter autorização prévia da CONTRATADA.

**CO-PARTICIPAÇÃO**

Para efeito da co-participação, a sua incidência recairá sobre todas as despesas da utilização de consultas, exames, fisioterapias e procedimentos médicos ambulatoriais e a sua cobrança será realizada em meses subseqüentes a utilização, podendo ser cumulativas.

**Os valores das mensalidades serão acrescidos de 50% (cinqüenta por cento) sobre as despesas decorrentes da Utilização de consultas, exames, fisioterapias e procedimentos ambulatoriais até o limite máximo de R$ 50,00 (cinqüenta reais) por exames e/ou procedimento.**

**Quando exceder o prazo de 30 dias de internação por transtornos psiquiátricos, o contratante assumirá o pagamento de co-participação de 50% (cinqüenta) por cento no total das despesas excedentes á cobertura contratual, sem limite máximo.**

Os valores a serem cobrados para pagamento das despesas da co-participação serão calculados pelas tabelas praticadas pela operadora.

**ITAMED** | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

## FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré -estabelecido.
A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.
A Tabela a ser praticada pelo período de 12 meses será a abaixo relacionada, que deverá ser considerada as alterações de faixa etária que ocorrerem no período.

| | VALOR UNITÁRIO | | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|
| **0 a 18 anos =** | **R$ 58,00** | **x 5** | **R$ 290,00** |
| **19 a 23 anos =** | **R$ 65,00** | **x 8** | **R$ 520,00** |
| **24 a 28 anos =** | **R$ 85,00** | **x 3** | **R$ 255,00** |
| **29 a 33 anos =** | **R$ 94,00** | | |
| **34 a 38 anos =** | **R$ 104,00** | **x 3** | **R$ 312,00** |
| **39 a 43 anos =** | **R$ 124,00** | | |
| **44 a 48 anos =** | **R$ 168,00** | **x 1** | **R$ 168,00** |
| **49 a 53 anos =** | **R$ 224,00** | | |
| **54 a 58 anos =** | **R$ 278,00** | | |
| **Acima 59 anos =** | **R$ 348,00** | | |

**VALOR TOTAL DA PROPOSTA: R$ 1.545,00**

**Salientamos atenção especial para o item CO-PARTICIPAÇÃO, que será acrescido ao valor da mensalidade sempre que da utilização** de consultas eletivas ou emergenciais, exames, fisioterapias e procedimentos médicos ambulatoriais.

## FAIXAS ETÁRIAS

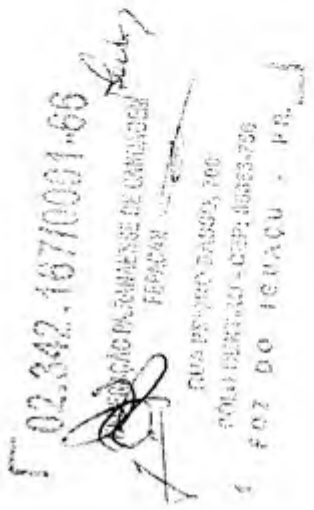
Em havendo alteração de faixa etária de qualquer BENEFICIÁRIO inscrito no presente Contrato, a contraprestação pecuniária será reajustada no mês subseqüente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela abaixo, que se acrescentarão sobre o valor da última da contraprestação pecuniária, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

I. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
II. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

ITAMED | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

| FAIXA ETÁRIA | % AUMENTO |
|---|---|
| 00 a 18 anos | 0% |
| 19 a 23 anos | 12,07% |
| 24 a 28 anos | 30,77% |
| 29 a 33 anos | 10,59% |
| 34 a 38 anos | 10,64% |
| 39 a 43 anos | 19,42% |
| 44 a 48 anos | 35,27% |
| 49 a 53 anos | 33,33% |
| 54 a 58 anos | 24,11% |
| 59 ou mais | 25,18% |



**RESCISÃO**

O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

a) prática de fraude comprovada;
b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (qüinquagésimo) dia da inadimplência.
c) por inadimplemento contratual por parte da Contratada;
d) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento.

Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

a) quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.
b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor do total das mensalidades devidas até o término do ano contratual.
c) Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

ITAMED | Fundação de Saúde ITAIGUAPY
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 581 | Vila A
85860-460 | Foz do Iguaçu | PR
Fone +55 (45) 3576.8005
Fax +55 (45) 3576.8035

**VALIDADE DA PROPOSTA**: 20/03/2012.

Sendo o que tínhamos para o momento

Atenciosamente,

Anilton José Beal
Diretor Superintendente
Fundação de Saúde Itaiguapy

02.342.167/0001-66
FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM
FEPACAN
RUA PEDRO BASSO, 700
POLO CENTRO - CEP: 85863-765
FOZ DO IGUAÇU - PR

Unimed
Foz do Iguaçu

Foz do Iguaçu, 07 de fevereiro de 2012

**ORÇAMENTO**

À Federação Paranaense de Canoagem
Rua Pedro Basso, 700 - Jardim Pólo Centro
Foz do Iguaçu/PR - CEP: 85875-000

Referência / assunto: **EDITAL DE CHAMAMENTO PARA COTAÇÃO DE PREÇOS**

**015/EPCS/2012 – AÇÃO 8.2-8.6/AF**

A UNIMED FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, estabelecida na cidade de FOZ DO IGUAÇU - Paraná à Rua: Belarmino de Mendonça nº 162, Centro, telefone (45) 21027600, CEP: 85851-100 inscrita sob o nº CNPJ 81.697.419/0001-46, vem apresentar sua proposta para fornecimento de bens/serviços conforme segue:

Plano Individual/Familiar Local Participativo de 50%

| | | Tipo de Plano | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Amb+Hosp Enfermaria/451163048 | | Amb+Hosp Apartamento/451164046 | |
| Faixa Etária | Quantidade | Valor Unitário | Valor Total | Valor Unitário | Valor Total |
| 00-18 | 5 | R$ 108,53 | R$ 542,65 | R$ 148,53 | R$ 742,65 |
| 19-23 | 8 | R$ 116,13 | R$ 929,04 | R$ 163,13 | R$ 1.305,04 |
| 24-28 | 3 | R$ 131,68 | R$ 395,04 | R$ 177,73 | R$ 533,19 |
| 34-38 | 3 | R$ 150,58 | R$ 451,74 | R$ 208,28 | R$ 624,84 |
| 44-48 | 1 | R$ 260,75 | R$ 260,75 | R$ 359,60 | R$ 359,60 |
| TOTAL | | | **R$ 2.579,22** | | **R$ 3.565,32** |

A presente proposta tem validade de 45 dias.

Atenciosamente,

**DIRETORIA EXECUTIVA**
**UNIMED FOZ DO IGUAÇU**

02.342.167/0001-66
FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM
FEPACAN
RUA PEDRO BASSO, 700
PÓLO CENTRO - CEP: 85858-750
FOZ DO IGUAÇU - PR.

ANS - n.º 351792

**Unimed Foz do Iguaçu**
**Cooperativa Trabalho Médico**

**Administração**
Rua Belarmino de Mendonça, 162 - Centro
Foz do Iguaçu - PR
Tel/Fax: (45) 2102-7600
E-mail: diretoria@unimedfoz.com.br
**CEP 85851-100**

**Hospital Unimed**
Rua Martins Pena, 297 - Jardim Festugato
Foz do Iguaçu - PR
Tel/Fax: (45) 2102-7500
E-mail: hospital@unimedfoz.com.br
**CEP 85864-020**

**www.unimedfoz.com.br**
Serviço de Atendimento ao Cooperado 0800 724 7600
Serviço de Atendimento ao Beneficiário 0800 414554
Serviço de Atendimento ao Deficiente Auditivo 0800 642 2009

SIMULADOR DE CALCULO PME

Validade: 29/02/2012

**SulAmérica**
ING

Simulação:

| Faixa etária | EXATO | EXATO | BASICO 10 | BASICO 10 | CLASSICO | ESPECIAL 100 | EXECUTIVO | PRESTIGE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0-18 | 5<br>391,10 | | | | | | | |
| 19-23 | 8<br>790,84 | | | | | | | |
| 24-28 | 3<br>374,81 | | | | | | | |
| 29-33 | | | | | | | | |
| 34-38 | 3<br>479,84 | | | | | | | |
| 39-43 | | | | | | | | |
| 44-48 | 1<br>215,76 | | | | | | | |
| 49-53 | | | | | | | | |
| 54-58 | | | | | | | | |
| 59 + | | | | | | | | |
| **Total Vidas por Plano** | **20** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **Total Prêmio por Plano** | **2.252,34** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** | **0,00** |

**Total de vidas Saúde:** 20 **IOF:** 52,61 **Valor final:** 2.305,00

02.342.187/0001-66
FEDERAÇÃO NACIONAL DOS [illegible]
FENACAN
[illegible]
FOZ DO IGUAÇU - PR

## CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE RECUSO E HOMOLOGAÇÃO

**EDITAL: 015/EPCS/2012 – AÇÃO 8.2-8.6/AF**

Certifico que não foi interposto recurso em face do resultado final do processo de tomada de preços do edital supra, motivo pelo qual, após conferência e verificação dos documentos, **homologo** o processo de tomada de preços objeto do edital supra.

Foz do Iguaçu, 11 de fevereiro de 2012.

**Valdecir Fernandes da Cruz**
**Presidente da FEPACAN**

02.342.167/0001-66
FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM
FEPACAN
RUA PEDRO BASSO, 700
POLO CENTRO - CEP: 85863-759
FOZ DO IGUAÇU - PR.

ITAMED
Plano de Saúde do
Hospital Ministro Costa Cavalcanti

Av. Gramado, 623 - Vila "A" de Itaipu Fone + 55 (45) 3576 8005
Cep.: 85860-460 - Foz do Iguaçu - PR Fax + 55 (45) 3576 8035

**ANS - 31135-9**

# CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTENCIA A SAÚDE

Contrato n.º : **8581** Proposta de Adesão n.º : **6398**

## I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Classificação da operadora: Medicina de Grupo
Registro da Operadora: 31135-9

FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY, pessoa jurídica de direito privado com sede na cidade de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, AV. Gramado n.º 623 - Vila A, inscrita no CNPJ sob n.º 00.304.148/0001-10, doravante denominada simplesmente CONTRATADA, neste ato, representada por seu Diretor Superintendente e Administrativo - Financeiro, senhores, Anilton José Beal e Rogério Soares Bohm, respectivamente, adiante firmado.

## II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: **Federacao Paranaense de Canoagem**
CNPJ: ***02342167000166***
Endereço: ***R Pedro Basso , 700, Casa , Polo Centro, PR, tendo como representante o Sr. Juliano Augusto Zimmermann*** - **Diretor Financeiro** , adiante firmado doravante denominado simplesmente CONTRATANTE.

## III - OBJETO DO CONTRATO

A CONTRATADA opera Planos Privados de Assistência à Saúde, prestando serviço médico-hospitalar, através de meios de execução própria e ou contratado, mediante credenciamento de terceiros tecnicamente e legalmente habilitados para tanto, ao passo que o (a) CONTRATANTE, assim como seus dependentes devidamente inscritos, a partir da data de sua adesão, e nas condições aqui pactuadas, é considerados beneficiários integrantes do Plano Privado de Assistência à Saúde, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, na forma do artigo 1º da Lei 9656/98, aplicando no que couber.

Os dependentes do (a) CONTRATANTE, juntamente com este (a), considerados beneficiários do Plano Privado de Assistência à Saúde, são mais bem identificados na Proposta de Adesão que acompanham o presente contrato, que, rubricadas pelas partes, é peça integrante deste instrumento contratual, para todos os fins de direito.

## IV - NATUREZA DO CONTRATO

O presente contrato de Operação de Plano Privado de Assistência à Saúde é de adesão e reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para as partes, na forma do disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, estando sujeito também ás disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (CDC).

## V - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

Nome comercial: **COLETIVO POR ADESÃO - BÁSICO PARTICIPATIVO**

a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta dias) após a adoção, sendo que a não observação deste prazo, ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência, salvo quando o adotante estiver em período de carência e quando o filho adotivo contratar cláusulas que o adotante não possua hipótese em que as carências deverão ser cumpridas integralmente.

A não observação do prazo de no máximo 30 (trinta dias) ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência, exceto para as situações previstas em tema específico (carências) do presente contrato.

**XI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

O presente contrato possui cobertura as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID 10, bem como os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e suas atualizações, instituído pela Agência Nacional de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas da Lei 9.656/98.

A inclusão de novos procedimentos dependerá de proposição da ANS e edição de novo Rol de procedimentos através de resolução específica.

Os Exames e Procedimentos Ambulatoriais se dividem em Consultas Médicas, Exames e Procedimentos Simples I e II, Exames e Procedimentos Médios e Exames e Procedimentos especiais, assim definidos:

**CONSULTAS MÉDICAS**: serão realizadas nos consultórios médicos, mediante marcação de hora previamente e nos ambulatórios de hospitais ou clínicas especializadas, sempre dentro da rede credenciada, em número ilimitado.

**EXAMES E PROCEDIMENTOS SIMPLES I**: Exames de Análises Clínicas, Eletrocardiograma convencional, tonometria e sessões de nutricionista (limitada a 6 consultas/sessões por ano contratual).

**EXAMES E PROCEDIMENTOS SIMPLES II:** Eletroencefalograma convencional de rotina ou em sono e vigília, exames radiográficos simples, exames e testes alergológicos, exames e testes otorrinolaringopatológicos, tsiopneumologia, procedimentos de reabilitação e fisioterapia, exames anátomo-patologia/citopatologia simples;

**EXAMES E PROCEDIMENTOS MÉDIOS**: Ultra-sonografias, densitometria óssea, ecocardiograma uni e bidimensional colorido ou não com Doppler, endoscopia diagnostica em regime ambulatorial, teste ergométrico.

**EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**: Tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia prolongado, EEG prolongado por hora e especial, mapeamento cerebral, potencial evocado, ressonância nuclear magnética, laparoscopia e histeroscopia diagnóstica ginecológica, eletrocardiografia dinâmica (holter), monitorização de pressão arterial, litotripsia, radiologia intervencionista, eletroneuromiografia, quimioterapia e radioterapia (incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia), hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, hemodinâmica, polissonografia, exames angiovasculares, hemodiálise, diálise peritonial, medicina nuclear, acupuntura, exames e procedimentos oftalmológicos (exceto tonometria), exames radiológicos especiais, neuro-radiologia, exames anátomo-patologia/citopatologia especiais (painéis de imuno-histoquímica, exames per-operatórios), diagnose reumatológicos, diagnose dermatológica, diagnose urológica, diagnose ginecológica, genética, e demais exames ou procedimentos não relacionados nos itens acima e que tenham cobertura pelo Rol de procedimentos da ANS.

Sessões de Psicoterapia (limitados a 12 sessões por ano contratual)

Terapia ocupacional (limitados a 12 consultas/sessões por ano contratual,)

assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Os beneficiários sujeitos a esse procedimento cirúrgico deverão estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOS, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes - SNT e estarão sujeitos aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos.

As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico Portaria GM n? 3/47, de 05 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde que dispões quanto à forma de autorização e cadastro, junto ao Sistema Nacional de Transplantes SNT.

É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos CNCDOS, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor:

Determinar o encaminhamento da equipe especializada;

Providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

Cobertura para **TRATAMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS,** codificados pelo CID-10, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas, sendo:

Atendimentos às emergências, assim considerados as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos ao paciente (inclusive ameaças, tentativas de suicídio e auto agressão) e/ou risco de danos morais e patrimoniais importantes.

Atendimentos à psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual, não cumuláveis.

Tratamento básico, prestado por médico psiquiatra, em número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelos médicos assistentes, integrantes do corpo clínico próprio e/ou credenciado pela **CONTRATADA**.

Internações abaixo especificadas e nos limites estabelecidos, que se realizarão, sempre, em hospitais especializados ou unidades psiquiátricas de hospitais gerais:

O custeio integral de 30(trinta) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise.

O custeio integral de 15 (quinze) dias de internação, por ano, não cumuláveis, em hospital geral, para casos de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que ensejam internação hospitalar.

Cobertura de 8 (oito) semanas, por ano contratual, não cumuláveis, de tratamento de regime de hospital-dia, sendo certo que para os diagnósticos de F00 a F09, F20, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, a cobertura ora prevista será de 180 (cento e oitenta) dias por ano contratual, não cumuláveis.

**XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

Procedimentos não constantes do ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS vigente à época da

de 12 (doze) meses consecutivos.

**XIV - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA**

Não havendo manifestação expressa pela CONTRATANTE, com 60 (sessenta) dias de antecedência do final da primeira vigência, passará o presente contrato a vigorar por tempo indeterminado, sendo sua renovação automática, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação

**XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

O direito de atendimento aos beneficiários deste Contrato se encontra vinculado aos seguintes prazos de carência:

- 24 horas nos casos de urgências decorrentes de acidentes pessoais: 24 horas;
- 30 dias para consultas médicas e Exames de Análises Clinicas, Eletrocardiograma convencional e tonometria;
- 60 dias para eletroencefalograma convencional de rotina ou em sono e vigília, exames adiográficos simples, exames e testes alergológicos, exames e testes otorrinolaringopatológicos, tsipneumologia, procedimentos de reabilitação e fisioterapia, exames anátomo-patologia/citopatologia simples;
- 120 dias para ultra-sonografias, densitometria óssea, ecocardiograma uni e bidimensional colorido ou não com Doppler, endoscopia diagnostica em regime ambulatorial, teste ergométrico;
- 180 dias para Tomografia computadorizada, angiografia, arteriografia prolongado, EEG prolongado por hora e especial, mapeamento cerebral, potencial evocado ressonância nuclear magnética, laparoscopia e histeroscopia diagnóstica ginecológica, eletrocardiografia dinâmica (holter), monitorização de pressão arterial, litotripsia, radiologia intervencionista, eletroneuromiografia, quimioterapia e radioterapia (incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia), hemoterapia, nutrição parenteral ou enteral, hemodinâmica, polissonografia, exames angiovasculares, hemodiálise, diálise peritonial, medicina nuclear, acupuntura, exames e procedimentos oftalmológicos (exceto tonometria), exames radiológicos especiais, neuro-radiologia, exames anátomo-patologia/citopatologia especiais (painéis de imuno-histoquimica, exames per-operatórios), diagnose reumatológicos, diagnose dermatológica, diagnose urológica, diagnose
Ginecológica, genética e demais exames que tenham cobertura pelo Rol de procedimentos da ANS e não estiverem previstas nos itens anteriores.
- 180 dias para procedimentos clínicos ou cirúrgicos ambulatoriais cobertos pela rol de procedimentos da ANS.
- 180 dias para internações hospitalares;

Não será exigido o cumprimento das carências acima estipuladas, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da celebração do contrato e a cada aniversário do plano desde que o beneficiário tenha se vinculado a associação no transcurso da vigência do contrato e a sua proposta seja formalizada em até 30 dias da data de aniversário do contrato.
Demais adesões que não se encaixem nas situações acima, cumprirão as carecias normais previstas neste item.

**XVI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

Estão cobertas pelo presente contrato, as doenças e lesões preexistentes (DLP), que são aquelas que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou

O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

Os atendimentos de urgência que se referirem ao processo gestacional e de emergência que evoluirem para internação terão garantia, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, desde que cumpridas às devidas carências. E quando o atendimento for efetuado no decorrer dos períodos de carência, e para os eventos relacionados às Doenças e Lesões Pré Existentes com acordo de Cobertura Parcial Temporária abrangerá cobertura igual ao da segmentação ambulatorial, ou seja, limitada até as primeiras 12 horas de atendimento, não garantindo cobertura para internação, mesmo que ocorra na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, cessado-se a cobertura, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Haverá reembolso da prestação de serviços cobertos pelo plano, nos casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela operadora, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela mesma, que serão pagos no prazo máximo de trinta dias após a entrega de toda a documentação abaixo relacionada:

- via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- conta analítica médico-hospitalar;
- relatório do médico assistente, indicando a patologia e o procedimento adotado;
- declaração do médico assistente especificando a razão da urgência e/ou emergência.

**XVIII - REMOÇÃO**

A CONTRATADA garante a cobertura de remoção, após, realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os beneficiários portadores de contrato de plano ambulatorial.

Caberá a CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade dos SUS que disponha de serviço de emergência, visando à continuidade do atendimento nos casos em que o beneficiário estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária e que necessite de eventos cirúrgicos, leito de alta tecnologia e/ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistente.

Nos casos, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

Na remoção, a CONTRATADA disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

A CONTRATADA dará cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato, em território brasileiro.

Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquelas citadas acima, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**XIX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

CONTRATADA ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

Internações

As internações hospitalares ocorrerão em estabelecimentos, credenciados, sendo certo ainda, que os beneficiários permanecerão hospitalizados enquanto houver indicação médica para tanto, a exclusivo critério do médico assistente.

Caso o CONTRATANTE continue hospitalizado após a alta médica, devidamente comprovada, a que alude o item acima, assumirá o Associado Titular, as despesas e o risco, por este descumprimento de contrato, eximindo a CONTRATADA, de responsabilidades, de quaisquer natureza.

Em caso de internações hospitalares, exames auxiliares de diagnósticos e tratamentos, quando eletivos, a CONTRATANTE deverá apresentar ao estabelecimento prestador do serviço de saúde, além dos documentos consignados, guia própria de internação ou de encaminhamento, conforme o caso, devidamente emitida e assinada pelo médico assistente e pela auditoria médica da CONTRATADA.

Nos casos de urgência ou emergência deverá a CONTRATANTE dirigirem-se à rede credenciada ou ao serviço próprio da CONTRATADA, estes por sua vez deverão solicitar a autorização dos serviços e ou procedimentos no ato do atendimento via telefone (45 - 3576 8005) da CONTRATADA, ou através de autorização on-line.

A CONTRATADA poderá pedir informações complementares ao médico assistente do CONTRATANTE, caso seja constatada inexatidão ou omissão nas declarações e/ou informações prestadas nas guias de solicitações de serviços ou procedimentos.

Os serviços prestados em face da presente pactuação, são oferecidos ao Associados Titulares e a seus dependentes com os recursos disponíveis na Rede Própria e/ou Credenciada da CONTRATADA, não podendo estes, exigirem o custeio e/ou reembolso de coberturas superiores às contratadas.

Todos os exames, procedimentos ambulatoriais e internamentos clínicos e cirúrgicos devem ter autorização prévia da CONTRATADA.

**CO-PARTICIPAÇÃO**

Para efeito da co-participação, a sua incidência recairá sobre todas as despesas da utilização de consultas e exames realizados ambulatorialmente e a sua cobrança será realizada em meses subseqüentes a utilização, podendo ser cumulativas.

Os valores das mensalidades serão acrescidos de 50% (cinquenta por cento) sobre as despesas decorrentes da Utilização de consultas e exames, até o limite máximo de R$ 50,00 (cinqüenta reais) por exames.

Quando exceder os limites de internação das coberturas de transtornos psiquiátricos conforme previsto neste contrato, a operadora dará continuidade ao tratamento, e o contratante assumirá o pagamento de co-participação de 50% (cinquenta) por cento no total das despesas excedentes á cobertura contratual, sem limite máximo.

Os valores a serem cobrados para pagamento das despesas da co-participação serão calculados pelas tabelas praticadas pela operadora.

Com exceção ás internações psiquiátricas acima citadas, não haverá nenhum tipo de co-participação em internações, sejam elas clinicas, cirúrgicas ou UTI.

**XXI - FORMAÇÃO DO PREÇO**

Pré-estabelecido: Quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado por pessoa física ou jurídica antes da utilização das coberturas contratadas;

**XXII - PAGAMENTO DE MENSALIDADE**

| FAIXA ETÁRIA | % DE VARIAÇÃO |
|---|---|
| 0 a 18 anos | 0% |
| 19 a 23 anos | 12,07% |
| 24 a 28 anos | 30,77% |
| 29 a 33 anos | 10,59% |
| 34 a 38 anos | 10,64% |
| 39 a 43 anos | 19,42% |
| 44 a 48 anos | 35,27% |
| 49 a 53 anos | 33,33% |
| 54 a 58 anos | 24,11% |
| 59 anos ou + | 25,18% |

Não haverá reajustes por mudança de faixa etária, quando o beneficiário completar sessenta (60) anos.

**XXV - BÔNUS - DESCONTOS**

Bônus ou Desconto não é aplicável ao regulamento do plano de saúde.

**XXVI - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

DEMITIDO

A CONTRATADA assegura ao usuário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício com a CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de usuário, bem como dos dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE. Para tanto, a CONTRATANTE deverá oferecer tal continuidade ao usuário titular, o qual deverá formalizar perante aquela, a opção em até 30 (trinta) dias contados da data de desligamento, ficando a CONTRATANTE responsável pelo envio da documentação respectiva (declaração, comprovante de endereço, cópia da rescisão e do último recolhimento da sua participação na mensalidade) para a CONTRATADA, respeitando o prazo máximo de 10 (dez) dias contados da opção.

O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos usuários cobertos pelo plano, nos termos dispostos nesta cláusula.

A condição de usuário assegurado nesta cláusula deixará de existir, quando da admissão do usuário titular em outro emprego, ou quando ele passar a exercer outra atividade remunerada de natureza econômica, liberal ou empresarial.

Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerado contribuição a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, bem como o pagamento de eventuais diferenças, por opção do usuário titular, por outro padrão de plano ou eventual inclusão de dependentes, conforme previsto na Lei 9656/98.

APOSENTADO

A CONTRATADA assegura ao usuário titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o

empregados da CONTRATANTE, ou que expressar a sua desistência pela adesão manifestada, cessando, por conseqüência, os seus direitos e os de seus dependentes.
A exclusão se opera a partir do primeiro dia subseqüente à desvinculação do empregado, da CONTRATANTE.
Quando da exclusão, a CONTRATANTE deverá recolher e devolver a CONTRATADA os cartões de identificação do beneficiário principal e, se houver de seus dependentes.
As despesas decorrentes do atendimento de empregado ou de seus dependentes que deixou de pertencer ao quadro de empregados da CONTRATANTE, cuja exclusão não tenha sido imediatamente comunicada à CONTRATADA, serão de responsabilidade da CONTRATANTE.
A CONTRATANTE deverá enviar, mensalmente, à CONTRATADA cópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio.
Os usuários que perderem a condição de dependência poderão assinar novo contrato, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como usuário dependente, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

**XXIX - RESCISÃO**

O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia comunicação com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.
A rescisão se dará por parte da CONTRATANTE:
Mediante solicitação escrita, devidamente assinada por seu representante legal devendo ser encaminhada à CONTRATADA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência, levando-se em consideração a data de vencimento da contraprestação pecuniária e o prazo de vigência.
Caso o Associado Titular ou CONTRATANTE solicite a rescisão ou dê causa à rescisão do contrato antes do término do prazo da primeira vigência de 12 (doze) meses, estará sujeito ao pagamento de multa rescisória, vencível na data da rescisão, correspondente a somatória de 02 (duas) mensalidades vigentes à época do cancelamento do contrato.
Responderá a CONTRATANTE por perdas e danos, com valor complementar, quando o prejuízo for superior ao valor da multa rescisória estabelecida no texto acima, na conformidade do art. 416, parágrafo único, do Código Civil.
A rescisão se dará por parte da CONTRATADA:
A CONTRATADA poderá rescindir unilateralmente o presente contrato se ocorrer o atraso no pagamento da contraprestação pecuniária do plano, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do presente contrato, desde que tenha comunicado a CONTRATANTE sua inadimplência até o 50º (qüinquagésimo) dia de atraso, conforme art. 13, inc. II, da Lei nº 9.656/98, sem prejuízo do direito da CONTRATADA optar por requerer judicialmente a quitação das contraprestações pecuniárias em atraso com suas conseqüências moratórias.
O presente contrato poderá ainda ser rescindido unilateralmente pela CONTRATADA, conforme art. 13, Inc. II, da Lei 9.656/98 e art. 7º da Resolução consu nº 02, nos casos de comprovação de fraude praticada pelo associado titular e/ou seu dependente, inclusive com relação à falsidade ou omissão nas informações prestadas na declaração de saúde (art. 3º da Resolução Consu nº 02), como também uso da documentação falsa, desde que devidamente provado pela CONTRATADA e que tenha ciência a CONTRATANTE.
Responderá a CONTRATANTE por perdas e danos, com valor complementar, nos casos de cancelamento por comportamento caracterizado fraudulento, em favor da CONTRATADA, quando o prejuízo for superior ao valor da multa rescisória estabelecida no texto acima, na

Av. Gramado, 623 - Vila "A" de Itaipu Fone + 55 (45) 3576 8005
Cep.: 85860-460 - Foz do Iguaçu - PR Fax + 55 (45) 3576 8035



## DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado e devidamente qualificado na Proposta de Adesão, declaro para os devidos fins de direito e em cumprimento ao Artigo 11.º da Lei 9656/98, que me foi ofertado e tomei conhecimento das coberturas contidas no **PLANO REFERÊNCIA** desta operadora.

Entretanto, por livre e espontânea vontade, fiz opção de coberturas diferentes da descrita no **PLANO REFERÊNCIA** e que melhor atende as minhas necessidades.

Por ser verdade assino a presente declaração na presença das testemunhas abaixo, para que surta os seus desejados e jurídicos efeitos.

Foz do Iguaçu, 13/02/12

**CONTRATANTE** _____

**Federacao Paranaense de Canoagem**

CPF:02342167000166

Contrato n. º: 8581

Testemunhas:

1:

2:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU**
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA - SMFA**
**DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO - DPFI**
Avenida Brasil, 1377(anexo ao Banco do Brasil) - CENTRO
CEP: 85.851-000 Foz do Iguaçu/PR
Tel.:(45) 3521-1609 / (45) 3521-1601

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

Situação: **Ativa**
Número: **20122667**
Emitido em: **29/02/2012 às 16:21:27**
Competência: **29/02/2012**
Código verificador: **R53bhp745N**

**Prestador de serviços**

HMCC Hospital Ministro Costa Cavalcanti

CPF/CNPJ: **00304148000110** Inscrição Municipal: **20081**
Nome/Razão Social: **FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY**
Endereço: **Gramado, 580 - Vila Residencial A**
Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** Email: **nfse@hmcc.com.br**
Regime tributário: **Baseado na alíquota do serviço**

**Tomador de serviços**

CPF/CNPJ: **02342167000166** Inscrição Municipal: **00000000000000**
Nome/Razão Social: **FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM**
Endereço: **Pedro Basso, 700 - Polo Centro**
Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** Email:

Código atividade:
**8610101 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências**

Natureza da operação:
**Serviço prestado no município**

Código serviço
**4.23 - Outros planos de saúde que se cumpram através de serviços de terceiros contratados, credenciados, cooperados ou apenas pagos pelo operador do plano mediante indicação do**

Município da prestação do serviço
**4108304 - Foz do Iguaçu/PR**

Discriminação dos serviço

**Taxa de Manutenção Plano de Saúde Itamed referente a Adesão de Contrato firmado em 13/02/2012.**

| PIS: | COFINS: | INSS: | Desconto cond.: | Desconto incond.: | IR: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |
| CSLL: | Outras retenções: | Deduções: | ISS retido: | Base cálculo: | Total líquido: |
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 1.254,00 | R$ 1.254,00 |
| **VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: R$1.254,00** | | | | Alíquota: 3,00% | Total ISS: R$ 37,62 |

Outras informações:

**Emitido por: ERIKA TATIANA MONTEIRO DA SILVA**

| Comp | Banco | Agência | DV | C1 | Conta | C2 | Série | Cheque N.o | C3 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 009 | 001 | 3270 | 0 | 1 | 22.901-6 | 2 | 800 | 850014 | 2 | 1.254,00# |

Pague por este cheque a quantia de mil duzentos e cinquenta e quatro reais e centavos acima

a Fundação de Saúde Itaiguapy ou à sua ordem

Foz do Iguaçu 29 de fevereiro de 2012

BANCO DO BRASIL

PONTE DA AMIZADE PR
00.000.000/2321.30
PESSOA FISICA
AV JK 3581-F IGUACU
CONFECCAO: 02/2012

FEDERACAO PARANAENSE DE CANOAGEM
CNPJ 02.342.167/0001-66
CLIENTE BANCARIO DESDE 08/2004

=001327702= 009850014 5= 409002290162=

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU**
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA - SMFA**
**DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO - DPFI**
Avenida Brasil, 1377(anexo ao Banco do Brasil) - CENTRO
CEP: 85.851-000 Foz do Iguaçu/PR
Tel.:(45) 3521-1609 / (45) 3521-1601

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA**

Situação: **Ativa**
Número: **20122075**
Emitido em: **05/03/2012 às 15:03:01**
Competência: **05/03/2012**
Código verificador: **A6p2qkootT**

**Prestador de serviços**

HMCC Hospital Ministro Costa Cavalcanti

CPF/CNPJ: **00304148000110** Inscrição Municipal: **20081**
Nome/Razão Social: **FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY**
Endereço: **Gramado, 580 - Vila Residencial A**
Cidade: **Foz do Iguaçu** UF: **PR** Email: **nfse@hmcc.com.br**
Regime tributário: **Baseado na alíquota do serviço**

**Tomador de serviços**

CPF/CNPJ: **02342167000166** Inscrição Municipal: **00000000000000**
Nome/Razão Social: **FEDERAÇÃO PARANAENSE DE CANOAGEM**
Endereço: **Pedro Basso, 700 - Polo Centro**
Cidade: UF: Email:

Código atividade:
**8610101 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências**

Natureza da operação:
**Serviço prestado no município**

Código serviço
**4.23 - Outros planos de saúde que se cumpram através de serviços de terceiros contratados, credenciados, cooperados ou apenas pagos pelo operador do plano mediante indicação do**

Município da prestação do serviço
**4108304 - Foz do Iguaçu/PR**

Discriminação dos serviço
**Taxa de manutenção Plano de Saúde Itamed ref mês 03/2012.**

| PIS: | COFINS: | INSS: | Desconto cond.: | Desconto incond.: | IR: |
|---|---|---|---|---|---|
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 |
| CSLL: | Outras retenções: | Deduções: | ISS retido: | Base cálculo: | Total líquido: |
| R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 0,00 | R$ 1.254,00 | R$ 1.254,00 |
| | | | | Aliquota: | Total ISS: |
| | | | | 3,00% | R$ 37,62 |

**VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: R$1.254,00**

Outras informações:

**Emitido por: ERIKA TATIANA MONTEIRO DA SILVA**

EMPRESA

# Pagamento de títulos com débito em conta corrente

30/03/2012 - BANCO DO BRASIL - 10:08:42
327003270 0002
OUVIDORIA BB 0800 729 5678
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: MESP-EQUIPE PERMANENTE DE
AGENCIA: 3270-0 CONTA: 22.901-6

BANCO ABN AMRO REAL S.A.

35691292100010739000700004936019452880000125400
NR. DOCUMENTO 33.001
DATA DO PAGAMENTO 30/03/2012
VALOR DO DOCUMENTO 1.254,00
VALOR COBRADO 1.254,00

NR.AUTENTICACAO B.507.CEB.1DD.42C.B44

Assinada por J2600129 VALDECIR FERNANDES DA CRUZ
J7366627 JULIANO AUGUSTO ZIMMERMANN

30/(
30/(

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7366627 JULIANO AUGUSTO ZIMMERMANN.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 56
Para deficientes auditivos (